# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur R. du CASTEL

PARIS

IMPRIMERIE V. GOUPY, G. MAURIN, SUCCESSEUR

71, RUE DE RENNES, 71

—

1895

# I. — TITRES

1867. — Interne en médecine des hôpitaux de Paris.
1872. — Docteur en médecine.
1873. — Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine.
1874. — Chef de clinique titulaire à la Faculté de Médecine.
1876-1883. — Chef des travaux anatomiques à l'hôpital Necker. (Directeur du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique médicale du professeur Potain.)
1880. — Médecin du Bureau central des hôpitaux de Paris.
1883. — Médecin de l'hôpital Tenon.
1884. — Médecin de l'hôpital du Midi.
1886. — Prix Desportes, Académie de Médecine (récompense) pour le *Traitement de la variole par la médication éthéro-opiacée*).
1890. — Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

---

Membre honoraire de la *Société anatomique de Paris ;*
Membre titulaire de la *Société médicale des Hôpitaux de Paris ;*
Membre titulaire de la *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie ;*
Membre titulaire de la *Société de Thérapeutique de Paris ;*
Membre titulaire de la *Société médicale du département de la Somme.*

## ENSEIGNEMENT

Cours de séméiotique professé à l'hôpital de la Pitié (cours complémentaire de la clinique du professeur Lasègue), 1875 et 1876.

Cours d'anatomie pathologique, professé à l'hôpital Necker (cours complémentaire de la clinique médicale du professeur Potain), 1877-1883.

Cours libre de pathologie, interne à l'École pratique de la Faculté de Médecine, 1878 et 1879.

Cours libres annuels de clinique médicale à l'hôpital du Midi et à l'hôpital Saint-Louis, 1885-1895.

## II. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

**1.** — *Sarcomes du cœur avec cancer du foie et de l'abdomen.*
(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1869. 47.)

**2.** — *Tumeurs hydatiques avec abcès du foie.*
(*Ibid.*, 1869. 144.)

**3.** — *Urémie dyspnéique.*
(*Ibid.*, 1870. 222.)

**4.** — *Empoisonnement par l'acide nitrique.*
(*Ibid.*, 1872. 336.)

**5** — *Ganglions bronchiques ayant subi la transformation calcaire.*
(*Ibid.*, 1872. 492.)

**6.** — *De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche.*
**(Thèse, Paris, 1872. Delahaye, éditeur.)**

On peut, chez les enfants atteints de coqueluche, voir se développer, au cours ou en dehors des quintes de coqueluche, des accès de suffocation caractérisés par l'arrêt brusque de la respiration dans l'expiration. L'enfant peut succomber à l'intensité de cette dyspnée spasmodique, tous les efforts que l'on fait pour obtenir le rétablissement de la respiration restant inutiles, une respiration artificielle longtemps prolongée, l'appli-

cation du marteau de Mayor, peuvent amener le rétablissement de la respiration. Après le retour de la respiration normale, il peut survenir des accidents cérébraux, soit comateux, soit convulsifs. A l'autopsie des enfants qui succombent à cette complication de la coqueluche on observe de l'emphysème vésiculaire ou interlobulaire, les ecchymoses sous-pleurales de l'asphyxie décrites par le professeur Tardieu; de la congestion, de l'œdème, une suffusion séro-sanguinolente, sous-arachnoïdiens ; un épanchement intra-ventriculaire plus ou moins considérable, une hémorrhagie méningée. Ces accidents s'observent surtout dans la première enfance. Les accès de suffocation de la coqueluche, caractérisés par une suspension prolongée de la respiration avec immobilisation de la cage thoracique dans l'expiration et contraction tonique des muscles expirateurs, offrent un type complet de l'accident décrit sous le nom de spasme de la glotte. Les accidents cérébraux sont le résultat de la congestion intense de l'encéphale et de ses membranes produite par l'asphyxie. Le spasme respiratoire est amené par une excitation violente du nerf laryngé supérieur, excitation qui a pour effet de provoquer un spasme tonique expiratoire. La respiration artificielle et l'emploi du marteau de Mayor sont les moyens les plus puissants dont nous disposons pour faire cesser l'accès.

**7.** — *Rapport sur deux cas d'acéphalie.*
(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1873. 84.)

**8.** — *Rapport sur un cas de pneumonie caséeuse survenue au cours de l'évolution d'un anévrysme de l'aorte.*
(*Ibid.*, 1873. 285.)

**9.** — *Sclérose primitive des cordons de Goll.*
(*Bulletins de la Société de Biologie*, 1874. 20.)

Un enfant d'une dizaine d'années, après avoir été atteint de chorée et d'accidents rhumatismaux, fut pris de paraplégie mo-

trice incomplète et de tremblement de la tête et des mains sans troubles de la sensibilité; après une légère amélioration, il succomba à des complications rhumatismales, pulmonaires et cardiaques. A l'examen histologique de la moelle, je trouvai une sclérose isolée des cordons de Goll dans toute leur longueur sans compression de la moelle en aucun point de son parcours. Ce fait, jusqu'alors sans exemple analogue connu dans la science, de localisation rhumatismale mérita l'attention particulière du professeur Charcot.

**10.** — *Anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1874. 60.)

La Société anatomique avait décidé que chaque année une commission serait chargée de présenter un rapport sur une question d'anatomie pathologique désignée par la Société. La question était indiquée au commencement de l'annee; les membres de la Societé étaient invités à faire parvenir pendant l'année à la commission les pièces relatives au sujet mis à l'étude qu'ils auraient pu recueillir; le rapport de la commission devait être le résumé des faits que les membres de la Société lui avaient fourni l'occasion d'étudier. La question désignée pour l'année 1873 avait été l'anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques. La commission d'études était composée du professeur Ranvier, président, de MM. Debove, Malassez, Renaut, du Castel. Je fus nommé rapporteur et, à ce titre, chargé de recevoir et de préparer les pièces adressées à la commission par les membres de la Société. La partie du rapport consacrée à l'étude de l'anatomie normale comprend l'exposé des notions les plus nouvelles sur la structure de la paroi, du système folliculaire et du système caverneux des ganglions lymphatiques, faits découverts ou contrôlés sous la direction et dans le laboratoire du professeur Ranvier. La partie relative à l'anatomie

pathologique comprend l'étude de l'anatomie macroscopique et microscopique des différentes pièces adressées à la commission, pièces dont la valeur était discutée par l'ensemble de la commission après que j'en avais fait la préparation histologique. L'étude détaillée de toutes ces pièces se trouve consignée dans les registres d'observation du laboratoire du professeur Ranvier.

Les pièces anatomiques, présentées à la commission, étaient relatives à des ganglions atteints de pigmentation, de transformation calcaire, d'adénie, de scrofule ganglionnaire, de carcinome, d'épithéliome pavimenteux ou cylindrique, de sarcome, d'adénite phlegmoneuse, diphtéritique ou typhoïde : voici les principaux faits que leur étude nous a révélés.

La pigmentation des ganglions atteint surtout le système caverneux et s'accompagne de transformation fibreuse. La transformation calcaire s'accompagne de surcharge graisseuse. Les cas d'adénie, soumis à mon examen, se firent surtout remarquer par la production considérable de tissu fibreux et l'épaississement des travées. Dans la scrofule, il y eut épaississement de la trame fibreuse, tuméfaction des cellules endothéliales, rareté des cellules lymphatiques; dégénérescence graisseuse, pas de dégénérescence amyloïde.

Dans le carcinome, il y a d'abord épaississement de la trame fibreuse, puis prolifération cellulaire et formation d'alvéoles cancéreux aux dépens de ce tissu nouveau. Une zone hypérémiée où le tissu conjonctif est en prolifération sépare le tissu sain du tissu malade. Le cancer des ganglions peut présenter le type colloïde.

L'épithéliome pavimenteux lobulé s'accumule sous la capsule et envoie des prolongements dans l'intérieur du ganglion; il est nettement caractérisé par la présence de globes épidermiques ; il ne s'accompagne pas de la transformation fibreuse du ganglion si accentuée dans le cancer : c'est dans la substance caverneuse qu'il fait son apparition et il y reste toujours prédomi-

nant. — Dans un cas d'épithéliome cylindrique, la lésion était caractérisée par la formation de petits kystes limités par une paroi fibreuse assez épaisse tapissée d'un épithélium et renfermant un suc blanchâtre dans lequel on rencontrait des cellules volumineuses arrondies avec noyau très développé. Le ganglion d'un malade atteint de sarcome fasciculé présentait une série de nodules constitués par trois couches concentriques : une périphérique formée par un tissu conjonctif riche en éléments embryonnaires; une moyenne formée de faisceaux de tissu conjonctif entrecroisés en tous les sens et renfermant des cellules volumineuses à gros noyau; une centrale composée de faisceaux conjonctifs circonscrivant des espaces remplis d'éléments en dégénérescence graisseuse. — Dans des ganglions recueillis sur des sujets tuberculeux, il y eut ou de fines granulations nettement caractérisées, ou des amas caséeux entourés de la double zone des cellules épithélioïdes et des cellules embryonnaires. Dans l'adénite inflammatoire, les lésions s'accumulent surtout au pourtour des gros vaisseaux de la substance caverneuse. Dans un cas de croup, les lésions furent purement inflammatoires.

**10** *bis.* — *Des températures élevées dans les maladies.*

(Delahaye, édit. Paris, 1875. In-8° de 91 pages.)

Ce travail comprend l'étude de la température dans les fièvres, les inflammations, les maladies à fièvre modérée, le rhumatisme hyperpyrétique en particulier, les maladies du système nerveux; l'appréciation de la valeur diagnostique et pronostique des températures élevées. Dans le chapitre du traitement, la question alors naissante du traitement de l'hyperthermie par les bains froids occupe une place toute spéciale.

**11.** — *Un cas d'hépatite consécutive à l'arrêt d'un calcul dans le canal cholédoque.*

(*Archives générales de Médecine*, septembre 1876.)

C'est l'observation détaillée, clinique et anatomo-pathologique d'un malade mort de sclérose hypertrophique du foie, à la suite de l'arrêt d'un calcul biliaire dans le canal cholédoque. C'est une des premières observations de cette forme de cirrhose biliaire du foie sur laquelle les travaux du professeur Charcot et de ses élèves venaient d'éveiller l'attention et de démontrer expérimentalement le processus.

**12.** — *Physiologie pathologique de la fièvre.*

(Doin, édit. Paris, 1878, in-8° de 156 pages.)

Dans ce travail sont étudiés successivement : la chaleur normale, les combustions et les déperditions dans la fièvre, la régulation dans la fièvre, la physiologie pathologique de la fièvre et de ses différents symptômes, ses dangers. La fièvre n'est souvent qu'un acte réflexe, le résultat de la réaction, de la défense générale ; dans la vie pathologique comme dans la vie normale, dans les actes réflexes de la vie de nutrition comme dans les actes réflexes de la vie de relation, il y a deux grandes étapes ; et ces deux grandes étapes sont l'inflammation et la fièvre. Dans la vie de relation, une excitation légère provoque une réaction simplement locale, un mouvement limité au membre excité ; une excitation plus intense provoque une réaction générale et un mouvement d'ensemble de l'animal, mouvement qui a pour but de fuir le danger. De même dans la vie nutritive, à la suite d'un traumatisme ou de toute autre irritation locale, l'inflammation représenterait le réflexe ou la défense locale ; la fièvre, le réflexe ou la réaction générale. L'inflammation et la fièvre trouvent ainsi un nouveau rapprochement et nous sommes encore ramenés à la maxime qui, depuis Galien, revient sans

cesse à l'esprit des médecins : l'inflammation, c'est la fièvre locale; la fièvre, c'est l'inflammation générale.

**13.** — *Néphrite interstitielle. Hypertrophie considérable du cœur. Bruit de galop. Urémie. Respiration Cheyne-Stokes.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1879. 13.)

**14.** — *Endocardite ulcéreuse d'origine puerpérale ; oblitération de l'aorte et des iliaques par un caillot embolique; paraplégie consécutive.*

(*Ibid.*, 1879. 353.)

**15.** — *Abcès tuberculeux du bulbe.*

*Ibid.*, 1879. 455.)

**16.** — *Épithélioma cylindrique de l'S iliaque ayant produit des phénomènes d'étranglement interne. Laparotomie. Étude sur le diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus.*

(*Ibid.*, 1879. 703.)

**17.** — *Étude histologique d'une tumeur lymphadénique du médiastin.*

(*Ibid.*, 1879. 731.)

**18.** — *Recherches sur la dilatation et l'hypertrophie des ventricules du cœur.*

(*Archives générales de Médecine*, Janvier 1880.)

Étude basée sur l'examen de 62 cœurs pour lesquels ont été faites, dans chaque cas, la pesée de la paroi musculaire du ventricule droit et du ventricule gauche, la mensuration de la capacité de l'un et l'autre ventricules. Ce travail m'a conduit aux conclusions suivantes :

Le poids du cœur, à l'état normal, est très variable; le poids

ordinaire est, comme le professait Bouillaud, de 250 à 280 grammes; mais, comme l'admettait Cruveilhier, un cœur pesant moins de 200 grammes n'est pas fatalement un cœur atrophié, et le poids d'un cœur sain peut s'élever au-dessus de 300 grammes. Le poids du ventricule gauche est, à l'état normal, un peu plus du double de celui du ventricule droit. La capacité des ventricules est très variable, et le genre de mort contribue probablement pour beaucoup à ces variations ; tout ce qu'on peut dire est qu'à l'état normal la capacité du ventricule gauche est toujours plus petite que celle du droit.

Le poids du cœur croit avec l'âge; le ventricule droit et le ventricule gauche prennent tous deux part à cette augmentation totale du poids du cœur, et y prennent une part à peu près égale. La capacité du cœur gauche augmente relativement plus chez le vieillard que celle du ventricule droit, dont elle se rapproche de plus en plus, et qu'elle peut égaler à un moment donné. Cette augmentation de capacité est sans doute la conséquence du travail plus difficile du cœur gauche par suite de la perte de l'élasticité artérielle, sous l'influence de l'âge, peut-être aussi de la distension plus facile d'un muscle affaibli.

Chez les malades atteints de *tuberculose pulmonaire* la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit semblent être un résultat exceptionnel et peu accusé. Peut-être ne se présentent-elles que dans certaines conditions spéciales, adhérences pleurales généralisées, sclérose pulmonaire. La petitesse habituelle du cœur chez les tuberculeux ne paraît le plus souvent pas le résultat de la maladie; les tuberculeux sont, en général, des individus encore jeunes, et ils succombent à une période de la vie où le poids du cœur est peu élevé, toute influence morbido étant mise de côté : chez eux, la petitesse ne dépasse pas, dans nombre de cas, les oscillations permises par la normale.

Dans l'*emphysème*, l'hypertrophie musculaire du cœur droit est très accusée ; on ne peut en dire autant de la dilatation qui, dans ce cas, ne s'accentue pas d'une façon manifeste.

Chez les malades atteints de *pleurésie chronique*, l'hypertrophie du cœur gauche est considérable.

Dans l'*insuffisance aortique*, l'hypertrophie et la dilatation existent pour les deux cœurs, mais beaucoup plus marquées dans le cœur gauche. Dans l'*insuffisance mitrale*, l'hypertrophie fut à peu près proportionnelle dans les deux ventricules ; mais la dilatation fut beaucoup plus considérable pour le ventricule gauche que pour le ventricule droit. Dans le *rétrécissement mitral* le phénomène saillant fut l'hypertrophie considérable du ventricule droit sans modification bien notable de la capacité. Les *adhérences péricardiques* n'ont pas d'effet constant au point de vue de la dilatation et de l'hypertrophie du cœur. L'*athérome artériel* amène une dilatation très accusée de la cavité ventriculaire gauche avec hypertrophie très modérée.

Dans la *néphrite interstitielle*, l'hypertrophie considérable porte sur les deux cœurs, surtout sur le gauche ; le phénomène le plus remarquable est la dilatation tout à fait exceptionnelle du cœur gauche dont la capacité arrive à être plus considérable que celle du cœur droit. Chez une jeune fille morte d'*urémie* peu de mois après le début de sa néphrite, le ventricule gauche était très hypertrophié, mais la capacité des ventricules était normale ; l'hypertrophie paraîtrait donc pouvoir précéder la dilatation. — Au cours de la *grossesse*, l'hypertrophie ventriculaire a fait défaut deux fois sur trois : l'hypertrophie du cœur et sa dilatation n'ont peut-être pas dans la grossesse la constance et l'importance qu'on a bien voulu leur donner.

Deux malades atteints d'*hémorrhagie cérébrale* présentèrent une hypertrophie considérable beaucoup plus marquée aux dépens du ventricule gauche que du ventricule droit.

Dans les *maladies aiguës*, l'altération du muscle cardiaque paraît porter sur la qualité de la fibre musculaire beaucoup plus que sur la masse ; il y a altération et dégénérescence plutôt qu'atrophie : aussi la modification se traduit-elle par des troubles fonctionnels pendant la vie, par des changements de

coloration et de résistance après la mort plutôt que par les modifications de volume et de poids. L'atrophie du cœur dans les maladies aiguës est un phénomène toujours peu accusé et souvent même discutable. J'admettrais volontiers que dans un certain nombre de cas, l'altération des qualités de la fibre musculaire, son manque de résistance peut donner lieu à la production de dilatations aiguës.

L'influence des *cachexies* est difficile à établir ; l'atrophie du cœur qui les accompagne n'atteint jamais des proportions considérables; en présence d'un cœur petit, il est souvent embarrassant de décider si on a affaire à un cœur naturellement peu développé ou à un cœur pathologiquement petit et atrophié.

Les *hypertrophies pathologiques* se reconnaissent de l'hypertrophie physiologique, que nous avons vue se produire sous l'influence du progrès en âge par ce fait que dans celle-ci les deux cœurs prennent une part égale au développement de l'organe et conservent leurs rapports normaux; dans les premières, l'hypergénèse porte exclusivement ou d'une façon prédominante sur l'un des ventricules et le rapport normal est détruit. L'*hypertrophie du ventricule gauche* atteint son plus grand développement dans les affections extra-cardiaques, dans la néphrite interstitielle par exemple. L'*hypertrophie du ventricule droit* paraît dans un certain nombre de cas connexe à celle du ventricule gauche avec laquelle elle coexiste toujours à un plus ou moins haut degré; elle constitue alors un accident secondaire dû probablement à l'hypertrophie des fibres commissurales; cette hypertrophie n'est jamais suffisante pour maintenir les deux cœurs dans leurs proportions normales. Mais l'hypertrophie du cœur droit peut se produire indépendamment de celle du ventricule gauche : c'est ce qui s'observe dans le rétrécissement mitral, les affections pulmonaires chroniques, l'emphysème, les adhérences pleurales.

L'*atrophie* des parois musculaires du cœur et les *variations de capacité* de ses cavités sont très difficiles à apprécier par suite

des oscillations considérables que la capacité normale des cavités peut présenter et de l'incertitude des limites inférieures du poids normal de l'organe. L'atrophie et la rétraction ne s'observent guère que dans les cachexies très prononcées à évolution lente. La dilatation du cœur droit, dans les affections pulmonaires chroniques et les maladies du cœur, ne m'a pas paru présenter des proportions telles qu'il soit facile d'en juger l'importance. La dilatation et l'hypertrophie peuvent se développer simultanément, mais cette coexistence n'est pas constante. Quand elle se produit, la marche des deux phénomènes n'est le plus habituellement pas parallèle.

L'hypertrophie du ventricule peut coexister avec un certain degré de diminution de la capacité constituant ainsi la véritable hypertrophie concentrique. En pareil cas, les piliers hypertrophiés et devenus volumineux, en occupant une plus grande place dans l'intérieur de la cavité, contribuent probablement pour une bonne part à la diminution de la capacité.

**19.** — *Étude clinique sur les embolies de l'aorte et recherches expérimentales sur la production des souffles cardiaques.*

En collaboration avec le docteur Barié.
(*Archives générales de Médecine*, janvier 1881.)

A propos d'une malade morte dans le service du professeur Potain, d'embolie de l'aorte à la suite d'une endocardite puerpérale avec concrétion auriculo-ventriculaire gauche, nous avons entrepris, le docteur Barié et moi, des recherches sur la fréquence des embolies et des thromboses de l'aorte, et nous sommes arrivés aux constatations suivantes : La thrombose de l'aorte est plus rare que l'embolie; en dehors des cas de compression de l'aorte, elle s'est rencontrée chez quelques malades à la suite d'athérome très développé, soit au niveau de la crosse, soit plus souvent au niveau de la bifurcation; la coagulation sanguine se fait lentement et occupe une grande étendue du

vaisseau. L'embolie s'observe à la suite de déplacements de caillots cardiaques; après arrêt de ceux-ci à l'éperon, l'oblitération des deux iliaques est d'emblée complète, ou elle n'atteint qu'une artère iliaque et l'autre s'oblitère progressivement par la formation de concrétions sanguines à la surface du caillot embolique. Les symptômes de la thrombose sont ceux d'un rétrécissement aortique avec oblitération incomplète, une claudication intermittente, qui peut exister seule pendant des mois et des années. Par suite de l'oblitération progressive de l'aorte, l'établissement de la circulation supplémentaire peut parer au développement des accidents de rétrécissement.

Dans le cas d'embolie, il y a production brusque de douleurs vives, de paraplégie du mouvement et de la sensibilité, quelquefois inégalement développées dans l'un et l'autre membres par suite de l'oblitération incomplète de l'une des artères iliaques. La circulation est suspendue dans les membres inférieurs; il n'y a plus de battements dans les artères. Il y a refroidissement des extrémités. Bientôt des phénomènes gangreneux se montrent suivis d'accidents adynamiques et la mort survient en peu de jours au milieu de symptômes typhoïdes. La guérison est peut-être possible. (Obs. de Chvostek.)

Chez la malade qui a fait le sujet de cette étude, un caillot fibrineux remplissait la partie inférieure de l'oreillette gauche et adhérait à sa face postérieure; il se prolongeait à travers l'orifice auriculo-ventriculaire jusque dans le ventricule; il était absolument moulé sur le cône valvulaire qu'il remplissait complètement. Du côté du ventricule, ce caillot se prolongeait en forme de cône; il était intimement intriqué dans les tendons valvulaires. Le sang ne pouvait s'écouler de l'oreillette dans le ventricule que par une fente située entre l'anneau et le caillot et ayant à peu près les dimensions d'un manche de scalpel ordinaire : il avait été impossible pendant la vie de constater l'existence d'aucun souffle cardiaque. Pour nous rendre un compte exact de la raison de cette absence de souffle patholo-

gique, nous avons institué, sous la direction du professeur Potain, une série d'expériences.

En faisant passer une veine d'eau d'un égal volume avec une égale vitesse à travers un diaphragme métallique percé d'orifices de mêmes dimensions, mais de formes différentes, circulaires, elliptiques, linéaires, en croissant, le bruit de souffle obtenu offre toujours une même intensité, que l'orifice occupe la partie centrale du diaphragme ou sa périphérie ; l'intensité du bruit de souffle reste toujours la même. La forme de l'orifice, la situation centrale ou périphérique n'influent donc pas sur la production et l'intensité du bruit de souffle. En changeant la nature du diaphragme, le construisant en métal, en bois, en liège, nous n'avons observé encore que des variations insignifiantes dans l'intensité du souffle ; en remplaçant le diaphragme rigide par un corps mou, spongieux, à surface inégale et tomenteuse, tel qu'un écheveau de fil ou de coton, le bruit de souffle se produit encore, mais tellement atténué qu'il faut une grande attention pour le percevoir. Le professeur Potain pense que cette atténuation du souffle est due à la faiblesse de l'onde sonore produite par une colonne sanguine brisée par une surface molle, inégale, irrégulière, tomenteuse. Ainsi s'explique l'absence de bruits de souffle dans le cas de rétrécissement de l'orifice mitral par un caillot sanguin, une tumeur molle, myxome (Home, Debove), des végétations molles (Hardy). De ces résultats expérimentaux, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les rétrécissements des orifices du cœur, la *forme* circulaire, elliptique, linéaire, etc., de l'orifice d'écoulement, sa *position* centrale ou latérale n'ont aucune influence sur la production ou l'intensité des souffles pathologiques qui restent soumis aux lois établies par le professeur Chauveau ; 2° la *consistance des parois* de l'orifice ainsi que l'état tomenteux de sa surface ont une influence notable sur l'intensité des souffles cardiaques qu'ils peuvent atténuer au point de rendre dans certains cas l'existence de ces bruits inappréciable à l'ausculta-

tion. Ainsi s'explique l'absence habituelle de bruits morbides à l'auscultation dans le cas de rétrécissement des orifices du cœur causés par une tumeur molle, par un caillot.

**20.** — *Du cœur cachectique.*

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1881. 199.)

Dans le précédent travail, j'avais déclaré qu'il était difficile de préciser l'action des affections chroniques cachectisantes sur le cœur. En modifiant les procédés de mensuration, je suis arrivé aux constatations suivantes : la prédominance de capacité du ventricule droit sur le gauche s'atténue chez le vieillard et, comme conséquence, l'infundibulum de l'artère pulmonaire s'efface.

Chez les malades morts d'affection cancéreuse, on relève l'atrophie de la paroi musculaire et des piliers, une diminution considérable, la disparition presque complète des cavités ventriculaires, surtout des cavités gauches. L'infundibulum de l'artère pulmonaire est très développé malgré l'âge avancé des sujets, et cela à cause de la petitesse relative du ventricule gauche. La rétraction des oreillettes est beaucoup moindre que celle des ventricules; ce qui donne à l'ensemble du cœur la forme d'un gland contenu dans sa cupule.

**21.** — *Rétrécissement et insuffisance mitrale. Rétrécissement tricuspidien.*

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1881. 25.)

**22.** — *Valeur relative de la pesée et de la mensuration dans l'appréciation des modifications pathologiques du foie.*

(*Ibid.*, 1881. 349.)

**23.** — *Méningite tuberculeuse du lobule paracentral.*

(*Ibid.*, 1881. 463.)

**24.** — *Scrofule et tuberculose.*

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1881. 6.)

Dans cette communication, je défendais l'opinion que le tubercule, généralement encore considéré comme une tumeur, devait être, au nom de l'anatomie pathologique, rangé dans le cadre des processus irritatifs et inflammatoires et que toutes inflammations dites tuberculeuses étaient de même nature bien qu'on n'eût pu encore découvrir un parasite causal spécifique (la première communication de Koch sur le bacille tuberculeux date de 1882).

Les différences de siège et de gravité des lésions tuberculeuses et scrofuleuses ne dépassent pas les proportions que l'influence de l'âge est susceptible d'imprimer à une même diathèse; leur processus anatomique est identique ayant le follicule tuberculeux pour début, la caséification pour tendance, la tuberculose infectieuse pour complication. La gravité moindre du processus, dans la scrofule, tient sans doute à l'importance moindre des organes atteints, à la transformation et à la réparation plus faciles d'un organisme en voie d'évolution.

**25.** — *Une épidémie d'ecthyma dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine.*

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1881. 255.)

Au mois de juillet 1881, une épidémie d'ecthyma éclata dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, service que je dirigeais depuis plusieurs mois. Un certain nombre de malades présentèrent, au moment de la période de dessiccation, une éruption de pustules d'ecthyma plus ou moins nombreuses; chez quelques-uns, l'éruption devint généralisée, s'accompagna d'hyperthermie (la température s'éleva à 40, 41 et même 42 degrés), de phénomènes ataxo-adynamiques suivis de mort. Un infirmier du service et mon interne furent atteints d'ecthyma,

qu'il parut légitime de rapporter à une inoculation accidentelle contractée au contact des malades. Des lotions de la surface du corps avec l'huile phéniquée et une solution de sublimé prévinrent l'inoculation chez de nouveaux malades et l'épidémie cessa.

Il semble bien que cette épidémie ait été due à l'inoculation au niveau des pustules varioliques d'un virus ecthymatogène dont la nature n'a pu être précisée, la science bactériologique étant loin d'être à cette époque aussi avancée qu'aujourd'hui : j'ai pu cependant, à l'aide des procédés de coloration, dont nous disposions à cette époque, relever dans le pus des pustules la présence de spores anastomosées en chainettes.

### 26. — *Cancer de l'iléon.*

(*Archives générales de Médecine.* Août 1882. Mémoire basé sur des observations anatomiques et cliniques recueillies dans le service du professeur Potain.)

La portion terminale de l'iléon est un point du tube digestif prédisposé au développement du cancer; elle n'échappe pas à la loi pathologique qui veut que le cancer se développe facilement au niveau de l'extrémité rétrécie des différents canaux de l'économie. La fréquence relative de cette localisation cancéreuse est due à la fréquence des excitations auxquelles cette portion de l'intestin est soumise. Le cancer de l'iléon appartient ordinairement à la variété épithéliome cylindrique ; il a tendance à envahir une grande longueur du tube digestif. L'étroitesse naturelle du point qu'il occupe, l'envahissement prématuré de la valvule de Bauhin sont cause que cette variété de cancer amène facilement des accidents d'étranglement ou tout au moins des accès d'obstruction intestinale à répétition qui constituent avec la tumeur perceptible de bonne heure à travers la paroi abdominale la caractéristique de la maladie. Il est probable que les accidents dus à la difficulté de circulation du contenu intestinal seraient beaucoup plus fréquents, beaucoup plus graves si la

lésion ne siégeait dans un point où le contenu intestinal est encore liquide. L'intervention médicale doit avoir pour but de prévenir les accès d'obstruction, but facile à obtenir par l'emploi des purgatifs doux et en évitant l'introduction, dans les voies digestives, de corps solides, pépins ou noyaux de fruits, etc., susceptibles de venir remplir le rôle de bouchons au niveau du rétrécissement.

**27.** — *Rapport trimestriel sur les maladies régnantes pendant l'année* 1892.

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1882. 119, 188, 240 ; et 1883. 75.)

M. Besnier, n'ayant pu continuer la série de ses rapports trimestriels sur les maladies régnantes, je fus désigné par la Société médicale des Hôpitaux pour continuer la rédaction de ces rapports dans lesquels ce maitre éminent avait su trouver l'occasion de produire tant de travaux remarquables et de découvertes utiles.

**28.** — *Phtisie pulmonaire.*

(*Revue critique. France médicale*, 1882.)

Malgré les efforts de l'École histologique allemande pour scinder en deux la tuberculose de Laënnec, l'École française, en se basant sur la clinique et l'anatomie pathologique, n'a pu se décider à scinder le tableau du maitre. Une école histologique mieux informée, en se basant sur les travaux de Thaon, des professeurs Grancher et Charcot, de Rindfleisch, a montré qu'en agissant ainsi notre École clinique avait eu raison et que le rapprochement établi par Laënnec entre le tubercule miliaire et l'infiltration tuberculeuse était absolument légitime ; la tumeur et l'infiltration tuberculeuses décrites par l'inventeur de l'auscultation ne sont même pas deux manières différentes de la matière tuberculeuse, mais simplement le même tubercule

miliaire se présentant tantôt isolé, tantôt aggloméré et réuni en groupes plus ou moins volumineux produisant dans le premier cas les nodules, dans le second les infiltrations tuberculeuses.

La granulation miliaire grise se distingue du tubercule miliaire par sa tendance à l'organisation fibreuse : dans celui-ci, le processus est éminemment destructeur et conduit à une désorganisation rapide ; dans celle-là, le processus est plutôt organisateur. Dans la granulation, le phénomène saillant est l'hypertrophie des parois de l'alvéole; les alvéoles sont pour la plupart rétrécies et presque supprimées par la tuméfaction de leurs cloisons; les productions intra-alvéolaires sont relativement rares et subissent une dégénérescence plus voisine de la dégénérescence caséeuse simple que de la dégénérescence vitreuse. Dans le tubercule miliaire, le phénomène saillant est l'accumulation dans les alvéoles d'amas cellulaires qui subissent hâtivement la dégénérescence vitreuse si bien décrite par M. Grancher; les parois alvéolaires, comprimées par ces productions intra-alvéolaires, s'atrophient rapidement et ne sont bientôt plus indiquées que par la persistance de leurs fibres élastiques plus résistantes. Dans la granulation miliaire grise, le processus est surtout pariétal et rappelle assez bien un abcès miliaire ; dans le tubercule miliaire, au contraire, il est plutôt intra-alvéolaire et a plutôt les allures d'un foyer de broncho-pneumonie.

Le tissu qui environne le tubercule miliaire est ordinairement enflammé, en état de pneumonie catarrhale; celui qui entoure la granulation tuberculeuse est simplement le siège d'une congestion très intense, quelquefois de véritables hémorrhagies intra-alvéolaires rappelant l'infarctus pulmonaire. Les bronches gouvernent la localisation du tubercule miliaire qui se développe habituellement au niveau des extrémités bronchiques ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques semblent gouverner la granulation tuberculeuse qui s'observe au pourtour

des vaisseaux. A la prédominance de la dégénérescence graisseuse, le tubercule miliaire doit sa mollesse, son aspect jaune prématuré; à l'abondance de sa zone embryonnaire et à sa transformation fibreuse, à sa tendance organisatrice, la granulation grise doit sa dureté, sa saillie, sa transparence particulière, son aspect cartilaginiforme. En présence de différences aussi considérables, il est impossible de confondre entièrement l'histoire de ces deux produits ; il ne semble pas cependant qu'il faille aller avec les dualistes jusqu'à en faire les manifestations de deux maladies distinctes. Le tubercule miliaire est une affection broncho-alvéolaire, ou, pour prendre la question à un point de vue plus général, une affection glandulaire qui reste longtemps limitée dans le système où elle a pris naissance: appareil respiratoire, appareil génito-urinaire, où elle ne s'étend que lentement et progressivement par une infection successive des voies glandulaires dans lesquelles elle a pris naissance et dans lesquelles elle reste confinée : la granulation tuberculeuse, tout au contraire, est une affection d'origine vasculaire ou lymphatique : elle diffuse facilement en suivant le courant sanguin ou lymphatique et, rapidement, elle envahit tout un organe (granulie pulmonaire), toute une séreuse (granulie péritonéale après tuberculose génitale), l'économie tout entière (granulie généralisée) : elle a les allures d'une maladie infectieuse.

La *sclérose* est un processus de première importance dans l'histoire de la tuberculose; elle limite et répare le mal causé par la caséification, soit qu'elle produise la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses, soit qu'elle amène l'enkystement des foyers caséeux qu'elle convertit en masses inertes, indifférentes pour l'économie.

En résumé, trois lésions interviennent dans la phtisie pulmonaire : le processus caséeux représenté par le tubercule miliaire isolé ou aggloméré, la sclérose et la granulation tuberculeuse. Le tubercule miliaire et la caséification dont il est

l'agent appartiennent particulièrement aux formes rapides; ils peuvent en constituer l'unique lésion comme dans la phtisie galopante; la sclérose appartient aux formes lentes, dans lesquelles on la rencontre associée à un plus ou moins haut degré de caséification; la granulation est un produit annexe, le résultat d'une infection dont les foyers caséeux semblent être l'origine, tout au moins dans bon nombre de cas.

Les lésions de la tuberculose sont évidemment de nature inflammatoire. Les lésions, la cellule géante, le follicule tuberculeux sont des altérations inflammatoires appartenant à une série de phlegmasies, la plupart à marche lente. L'anatomie microscopique, pas plus que l'anatomie macroscopique, n'est parvenue à démontrer dans les affections tuberculeuses une lésion pathognomonique. Les inoculations ont montré le pouvoir infectieux de la plupart des produits dits tuberculeux ou scrofuleux, tuberculoses viscérales, tumeurs blanches, abcès froids, adénites caséeuses, lupus; elles ont apporté une notion nouvelle à l'histoire de la tuberculose, et ont fait rentrer dans le cadre de cette dernière un grand nombre des lésions scrofuleuses; elles ont amené à considérer ces différentes lésions comme les manifestations multiples d'une même maladie virulente. Les efforts faits pour découvrir un bacille caractéristique de cette affection n'ont pas encore abouti malgré les résultats annoncés par Cohneim, Schüller. (La communication de Koch annonçant la découverte du bacille de Koch est contemporaine de la publication de ce travail.)

Les inoculations ont établi le pouvoir infectieux de nombre de foyers inflammatoires que nous considérons comme tuberculeux ou scrofuleux; elles n'ont établi ni par la nature des lésions anatomiques obtenues, ni par une allure particulière de la tuberculose expérimentale, que tous ces foyers doivent leur pouvoir infectieux à un seul et même virus, encore moins à un seul et même parasite, qui présiderait à leur naissance et leur communiquerait leurs propriétés infectieuses : c'est pour-

tant ce qu'il faudrait établir avant de déclarer que tous les foyers capables de donner des succès aux inoculateurs ne sont que des manifestations variées d'une grande maladie spécifique, la tuberculose. Il est encore aujourd'hui permis de se demander si tous les foyers inoculables doivent leurs propriétés infectieuses à un même virus. (Les découvertes les plus récentes, celle en particulier de la tuberculose aspergillaire par le professeur Dieulafoy, MM. Vidal, Chantemesse, Renon, Sergent, ont montré la justesse de cette critique et la multiplicité causale de nos soi-disant tuberculoses pulmonaires.)

**29.** — *Des diverses espèces de purpura.*

(Doin, édit. Paris, 1883, in 8° de 96 pages.)

Le purpura est le résultat tantôt d'une angiectasie, tantôt d'une hémorrhagie, quelquefois peut-être d'une simple extravasation de la matière colorante du sang, ces dernières consécutives, dans nombre de cas, à un simple trouble de la circulation capillaire. La fluidité du sang, la fragilité des vaisseaux sont des notions encore plus théoriques que basées sur l'observation de faits positifs. Les recherches les plus récentes permettent d'admettre cinq espèces de purpura : purpuras rhumatismaux exanthématiques (exanthèmes rhumatismaux hémorrhagiques) ; purpuras cachectiques ; purpuras toxiques ; purpuras mécaniques ; purpuras consécutifs à une lésion du système nerveux. Les purpuras simplex et hémorrhagique ne sont pas des entités morbides, mais des expressions symptomatiques communes à nombre d'états pathologiques. En présence d'un cas de purpura, le médecin ne devra pas se contenter du diagnostic de purpura simplex ou de purpura hémorrhagique, mais rechercher avec soin jusqu'à quel point le fait observé se rapproche ou s'éloigne des espèces aujourd'hui connues.

**30.** — *De la sclérose pulmonaire.*

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1884. 102 et 126, et brochure de 21 pages.)

La eclérose pulmonaire est loin d'être toujours un phénomène secondaire ayant pour but la limitation, la cicatrieation de lésions antérieuree, principalement de foyers tuberculeux. Souvent la sclérose pulmonaire est le processus saillant primitif; elle atteint dès le début une grande étendue du poumon et la maladie est principalement, preeque exclusivement uno maladie eclérogène avec tendance à l'extension progressive et à l'envahieeement de grandes masses pulmonaires.

Tantôt la sclérose euccède à une affection pulmonaire aiguë (bronchite, bronchopneumonie, pleurésie) provoquée par un refroidissement ou une infection pulmonaire; tantôt au contraire elle s'établit lentement, progressivement chez des sujets exposés à des irritations pulmonaires incessantes, milieux eurchargés de poussières ou à variatione brueques et fréquentes de température.

La toux est quinteuse, pénible, coqueluchoïde; s'accompagne du rejet difficile de quelques crachats perlés ou d'une expectoration muqueuse et filante comme dans la coqueluche. Le sang ee mêle souvent à l'expectoration et de petites hémoptysies à répétition constituent un des accidents les plus spéciaux de la maladie.

Cette sclérose diffuse présente une allure, des tendances, des complications qui constituent un ensemble distinct et caractéristique, lui méritant une place à part dans nos descriptions des maladies du poumon, au même titre que noue en accordons une à la cirrhose atrophique dans les affections du foie, à la néphrite interstituelle dans les maladies des reins.

L'essoufflement à l'exercice est un phénomène prématuré qui va rapidement croissant. La poitrine est asymétrique, emphysémateuse à la partie antérieure; en arrière, il y a une matité

localisée, le plus souvent à la partie supérieure ; à ce niveau, il y a respiration soufflante, voix retentissante, pectoriloquie aphone, des râles rares et secs à la fin de l'inspiration. Les grosses bronches sont fréquemment le point de départ du travail de sclérose. Il y a dilatation du cœur droit s'exagérant au moindre exercice, c'est elle qui rend le malade incapable de tout mouvement quelque peu actif. La reproduction fréquente de crises de congestion pulmonaire constitue une des particularités les plus remarquables de la maladie; quelquefois il y a complication par bronchopneumonie ou gangrène, c'est là une des causes fréquentes de la terminaison fatale. L'association de ces divers accidents forme un tableau spécial permettant d'affirmer la sclérose pulmonaire. La sclérose pulmonaire peut se compliquer de dilatation des bronches, mais celle-ci ne constitue qu'un accident secondaire inconstant de celle-là. L'emphysème vicariant coïncide fréquemment. Les relations de la sclérose pulmonaire avec la tuberculose sont difficiles à établir; toutes deux associent les inflammations intra-alvéolaires et interstitielles ; mais on peut dire que le processus prédominant de la tuberculose est surtout intra-alvéolaire, dégénératif ; celui de la sclérose vraie, interstitiel, organisateur ; ses inflammations sont de meilleur aloi que celles de la tuberculose ; ses processus ulcéreux sont la suppuration et la gangrène plutôt que la caséification. La tuberculose finit par la cachexie, par la fièvre hectique ; la sclérose par les troubles de la circulation du cœur droit et les inflammations pulmonaires aiguës. La tuberculose est une maladie infectieuse, parasitaire ; la sclérose semble, dans nombre de cas, trouver son origine dans une inflammation simple provoquée par des irritations pulmonaires répétées. Il est possible de distinguer pendant la vie les malades atteints de sclérose pulmonaire simple et ceux atteints de phtisie fibreuse.

Les malades atteints de sclérose subissent très facilement l'influence du traitement.

Dans les crises aigues, le malade retire grand bénéfice de l'emploi des décongestionnants, applications de ventouses sèches ou scarifiées, administration de l'ipécacuanha à dose nauséeuse. Dans les périodes de calme, les applications de pointes de feu, les bains tièdes diminuent l'intensité de la toux. Les médicaments capables de provoquer l'éréthisme pulmonaire doivent être employés avec grande prudence; ils semblent susceptibles de réveiller les poussées congestives qui constituent un accident toujours imminent; les sulfureux, en particulier, ne doivent être ordonnés qu'avec grande réserve et au moment seulement où l'accalmie parait complète et la tendance congestive à son minimum.

**31.** — *Anévrysme de Rasmussen. Hémoptysie mortelle.*
(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1884. 154.)

C'est l'observation d'un malade mort de cet accident bien étudié en France par Maurice Raynaud et le professeur Debove. Un côté intéressant de cette observation est que le malade rendit, au moment de la seconde hémoptysie, des caillots de sang noir formés dans la caverne pulmonaire à l'époque de la première hémorrhagie : Le rejet de ces caillots noirâtres aurait pu faire penser à une hémorrhagie d'origine stomacale, si l'intensité des accidents pulmonaires et l'absence de tout phénomène gastrique n'avaient mis sur la voie du diagnostic vrai, que l'autopsie vint pleinement confirmer.

**32.** — *Simulation thermique chez une hystérique.*
(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1884. 174.)

Une malade hystérique, pour se rendre intéressante, avait découvert la manière de faire monter mécaniquement la colonne mercurielle du thermomètre placé dans l'aisselle; pour arriver à ce résultat, elle frappait de petits coups d'ongle répétés sur la partie supérieure de l'instrument. Ce fut à grand'-

peine qu'on parvint à découvrir le procédé employé par la malade et à la surprendre en flagrant délit; cette femme était devenue d'une telle habileté qu'elle parvenait à faire monter la colonne thermométrique dans le peu d'instants que lui laissaient libres les quelques distractions que pouvaient avoir les élèves et les infirmières apposés à ses côtés pendant qu'elle avait le thermomètre dans l'aisselle et chargés de la surveiller attentivement pour découvrir le procédé artificiel qu'elle employait pour faire monter la colonne mercurielle. C'est en l'observant à distance, et alors qu'elle ne se méfiait pas, que nous parvînmes à découvrir la fraude.

**33.** — *Influence des maladies aiguës sur le développement du cysticerque chez l'homme.*

*(Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1885. 342.)

Chez un malade atteint de ladrerie, les kystes de cysticerques subirent une diminution considérable de volume au cours d'une fièvre typhoïde grave; mais, pendant la convalescence, ils reprirent leur volume normal.

**34.** — *Méningite tuberculeuse du lobule paracentral.*

*(Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1884. 250; et 1885. 375.)

C'est sur trois observations personnelles et sur quelques autres éparses dans les Bulletins des Sociétés savantes que je me suis appuyé pour établir le tableau anatomique et clinique de la méningite tuberculeuse du lobule paracentral.

Les méninges du lobule paracentral et de la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes constituent un point de prédilection pour l'implantation et le développement du microbe tuberculeux. A l'autopsie des malades qui succombent à cette localisation de la tuberculose, on trouve le lobule paracentral absolument coiffé d'une couche

épaisse de néo-membranes constituées par des granulations tuberculeuses agglomérées entre elles par un magma fibrino-purulent.

L'affection méningée présente une tendance marquée à l'extension, et descend facilement du lobule paracentral le long du sillon de Rolando, comme le montrent les observations de MM. Barié, Landouzy, Gouguenheim, Chantemesse. Cependant, dans un certain nombre de cas, la lésion peut rester assez longtemps confinée dans son point d'apparition ; c'est ce qui paraît ressortir des observations de MM. Sapelier et Ballet et de ma dernière observation.

Le développement de la méningite tuberculeuse du lobule paracentral se caractérise, pendant la vie, par l'apparition *progressive* d'une monoplégie motrice du membre inférieur ; celle-ci siège du côté opposé à la lésion cérébrale : des mouvements convulsifs s'y ajoutent quelquefois.

L'extension de la lésion se reconnait à l'envahissement successif du membre supérieur et de la face.

L'apparition d'une monoplégie motrice du membre inférieur doit donc faire venir à l'esprit la pensée d'une méningite tuberculeuse du lobule paracentral ; elle en est à peu près caractéristique, quand le sujet est antérieurement et notoirement tuberculeux.

**35.** — *Du chancre induré.*

(*Semaine médicale de Paris*, 1888. 473.)

**36.** — *Variole scintillante.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1889. 60.)

**37.** — *Contribution à l'étude de l'angine syphilitique précoce.*

(*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1888.)

Il est assez fréquent d'observer le développement d'accidents inflammatoires sur le voile du palais pendant la période de

silence qui sépare l'apparition du chancre des premières manifestations : ces accidents sont caractérisés par un état de tuméfaction considérable des glandules du voile du palais, et par un quadrillage vasculaire tout spécial. C'est évidemment cet état de la gorge que Lasègue avait en vue quand il décrivait une angine syphilitique hâtive, caractérisée par un mélange de roséole et d'acné. Cette angine a les allures des irritations à évolution lente, à réactions peu accusées des affections syphilitiques ; l'injection vasculaire se prolonge à l'état d'ectasie vasculaire simple pendant un temps inconnu dans les autres angines ; le corps de la muqueuse ne s'envahit et ne s'altère que tardivement.

**38.** — *Chancres syphilitiques atypiques.*

(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1890. 51.)

Les chancres syphilitiques multiples ne sont pas rares ; parmi eux il en est un certain nombre qui, par leurs caractères nettement tranchés et toujours identiques, constituent un groupe présentant les caractères suivants :

Multiplicité des chancres, dont le nombre peut dépasser 12,15 ;

Développement successif de ces chancres, s'opérant en un laps de 10, 15 jours, parfois dans un ordre méthodique, et se montrant à des intervalles de deux ou trois jours les uns des autres ;

Intensité des phénomènes douloureux ;

Peu d'étendue des chancres et égalité de leurs dimensions (un centimètre environ de diamètre pour chacun des chancres dans tous les cas) ;

Coloration en cocarde ;

Tendance à creuser en profondeur plus que les chancres ordinaires ;

Bourrelet très accusé ;

Induration sous-chancreuse peu développée ;

Légèreté de l'adénopathie satellite.

Ces lésions ne sont sans doute pas, malgré leurs apparences optiques, de véritables chancres syphilitiques, mais bien probablement le résultat de lymphangites syphilitiques précoces.

**39.** — *Contribution à l'étiologie des pseudo-chancres indurés.*

(*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1re *année*, 1890. 197.)

L'étiologie des pseudo-chancres indurés est des plus obscures, et quand un malade, qui se croyait depuis longtemps guéri, vient après des années de tranquillité nous présenter un syphilome chancriforme, il nous est le plus souvent impossible, même après l'enquête la plus minutieuse, de dire sous quelle influence s'est produit ce réveil tardif et inattendu de la maladie. Si le syphilome chancriforme survient dans la place que le chancre premier avait occupée, on est tenté de l'attribuer au réveil du virus syphilitique qui avait pu sommeiller pendant des années à ce niveau. Dans un certain nombre de cas, l'induration syphilitique et le processus ulcéreux ont paru se produire autour de foyers inflammatoires de nature différente.

Les pseudo-chancres indurés sont quelquefois la conséquence d'indurations syphilitiques survenues autour et à l'occasion de lésions asyphilitiques, chancrelles, herpès, balanites ; une inflammation non syphilitique devient l'occasion du réveil du travail syphilitique comme on voit certains traumatismes devenir l'occasion du développement d'une syphilide régionale tardive et rebelle ou de la tuberculose. Il existe du reste dans la science un certain nombre d'observations de syphilides se montrant à l'occasion d'un traumatisme ou de lésions inflammatoires de la peau chez des malades indemnes depuis longtemps de tout accident syphilitique. Gay, Bamberger, Finger, Phumert, etc., ont vu se produire de véritables papules ou tubercules syphilitiques à la suite de piqûres de sangsues, du développement de pustules varioliques, de furoncles, d'eczéma, dans le lieu même que ces différentes affections avaient occupé. Il me paraît qu'un

certain nombre de syphilomes chancriformes des organes génitaux sont des indurations ulcéreuses syphilitiques dues au réveil, à la mise en mouvement du processus syphilitique à la suite de l'irritation causée par la balanite simple, un herpès, un chancre simple.

Il y aurait, au point de vue étiologique, deux classes de pseudo-chancres indurés : 1° les uns survenant par suite du réveil spontané du virus syphilitique en un point où il avait déjà manifesté plus ou moins longtemps auparavant son action ; 2° les autres se produisant à l'occasion d'une irritation extra-syphilitique, à la suite de l'inoculation du virus chancrelleux, d'un herpès; cette classe serait un exemple de plus de l'influence des traumatismes et des irritations sur le réveil des diathèses en général, de la diathèse syphilitique en particulier.

**40.** — *Caractères physiques du chancre induré.*
(*Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1890. 277.)

**41.** — *Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, professées à l'hôpital du Midi.*
(Doin, édit. 1891, 283 p.)

Ce travail comprend une étude très complète du chancre simple, du chancre syphilitique, du chancre mixte, des ulcérations des périodes secondaire et tertiaire de la syphilis. Dans le chapitre des affections ulcéreuses bénignes, herpès, eczéma, balanites, se trouve la description de deux variétés mises en lumière par mes élèves, MM. Bataille et Berdal, et par moi-même, la balanite pustulo-ulcéreuse et la balanite circinée, toutes deux d'origine probablement parasitaire et contagieuses, confondues ordinairement la première avec l'herpès, la seconde avec les plaques muqueuses.

La question des syphilides chancriformes et de la syphilis récidivée est longuement traitée. Après avoir montré combien de fois les syphilides chancriformes tardives ont pu faire croire à tort à une nouvelle inoculation syphilitique, à une syphilis récidivée,

l'auteur arrive à cette conclusion : des observateurs sages ont pu, de loin en loin, recueillir des observations de syphilis double présentant de grandes apparences de réalité, offrant la succession d'une première syphilis bien nette, d'un espace de temps de plusieurs années pendant lequel le malade paraît absolument guéri, enfin d'une seconde syphilis caractérisée par l'apparition dans leur ordre chronologique du chancre et d'accidents d'infection générale, éruptions cutanées, plaques muqueuses. En présence de pareilles observations, il paraît difficile de ne pas admettre que le malade ait subi une seconde contagion.

**42.** — *Un cas d'hypertrophie de la main.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1891. 93.)

**43.** — *Chancres syphilitiques multiples ou syphilides chancriformes.*
(*Ibid.*, 1891. 248.)

**44.** — *Vergetures des membres inférieurs pendant la convalescence d'une dermatite exfoliative.*
(*Ibid.*, 1891. 378.)

**45.** — *La syphilis de la langue.*
(*Union médicale*, 1891. II. 445.)

**46.** — *Peut-on contracter deux fois la vérole ?*
(*Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1892. 1.)

**47.** — *Tuberculoses cutanées accidentelles.*
(*Ibid.*, 1892. 273.)

**48.** — *Pityriasis rubra pilaire.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*., 1892. 435.)

**49.** — *Gommes du genou.*
(*Ibid.*, 1892. 436.)

**50.** — *Éruption lichénoïde datant de quatorze ans, à exacerbations estivales.*
(*Ibid.*, 1892. 503.)

**51.** — *Diagnostic des syphilides de la langue.*
(*Union médicale*, 1892. I. 1893.)

**52.** — *Différentes variétés du lupus.*
(*Ibid.*, 433. 445. 481.)

**53.** — *Kystes hydatiques du cœur.*
(*Bulletins de la Société anatomique*, 1870. 363.)

**54.** — *Vitiligo.* — *Leucoplasie buccale chez un malade atteint de vitiligo.* — *Vitiligo développé à la suite d'injections de lymphe de Koch.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892. 71.)

Chez un malade dont le vitiligo avait débuté à la suite d'une peur à l'âge de 3 ans, une leucoplasie buccale commença à se développer à la douzième année; elle envahit successivement avec une grande intensité la langue, la voûte palatine, la face interne des joues; c'est une complication rare et peu connue du vitiligo. Un jeune garçon, atteint depuis 4 ans de lupus de la face, fut soumis au traitement par les injections de lymphe de Koch qu'il supporta fort mal; on ne put lui en faire que trois à cause de l'intensité de la réaction fébrile et de la production d'accidents de congestion pulmonaire. Trois semaines après, un vitiligo très accusé commença à se développer.

**55.**— *Nœvus pigmentaire corné zoniforme.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893. 16.)

.**56.** — *Épithéliome végétant du nez.*
(*Ibid.*, 1893. 339.)

**57.** — *Lymphangite subaiguë chez un syphilitique.*
(*Ibid.*, 1893. 381.)

**58.** — *Hydroa buccal.*
(*Ibid.*, 1893. 382.)

**59.** — *Éruption lichénoïde, suite de traumatisme, sur le trajet du nerf cubital.*
(*Ibid.*, 1893. 482.)

**60.** — *Des bases du diagnostic dans les maladies de la peau.*
(*Semaine médicale*, 1893. 358.)

**61.** — *Lèpre et simililèpre.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, avril 1893.)

**62.** —*Les tuberculoses cutanées.*
(Rueff et Cie, éditeurs. Paris, 1893. De la collection Charcot-Debove, in-12, de 262 pages.)

L'étude des tuberculoses cutanées nous permet de suivre jour par jour *de visu* l'évolution des lésions tuberculeuses, granulations, infiltrations, procédant tantôt d'une façon lente et essentiellement chronique, tantôt précipitant leur allure et produisant des destructions rapides et considérables; revêtant ici des tendances destructives et ulcéreuses, là des tendances organisatrices et fibrogènes, assez souvent aboutissant à la produc-

tion d'un tissu colloïde. Dans la tuberculose cutanée, on rencontre combinés sous différentes formes la granulation, l'érythème, l'infiltration colloïde, les processus végétants et l'atrophie, l'ulcération dégénératrice caséeuse, la suppuration, la sclérose, l'hypertrophie éléphantiasique. Les tuberculoses cutanées sont étudiées surtout au point de vue clinique dans les tuberculoses inoculées accidentelles, tubercule anatomique, lupus scléreux de Vidal, tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf ; dans le lupus tuberculeux et érythémateux localisé ou généralisé ; dans les ulcérations tuberculeuses de la peau ; dans les gommes scrofulo-tuberculeuses. Un chapitre est consacré aux infections secondaires, régionales ou généralisées, que le foyer tuberculeux peut produire : lymphangites, adénites, synovites, infections viscérales, méningite, tuberculose pulmonaire, pseudo-érysipèles.

L'étude de la tuberculose cutanée montre combien les différences d'aspect d'une même affection peuvent être considérables et on comprend que nos devanciers, privés des moyens de contrôle que nous possédons aujourd'hui, n'aient pas même songé à rapprocher des affections si dissemblables d'aspect et d'allure que les lupus chroniques atrophiques et les lupus ulcéreux aigus, que les lupus végétants ou les ulcérations tuberculeuses aiguës. Il est certain aujourd'hui que l'immense majorité de ces lésions renferme le bacille de Koch et est inoculable : mais suivant la qualité du virus, suivant la résistance du terrain sur lequel il est tombé, peut-être aussi suivant la voie par laquelle il a pénétré, l'économie réagit plus ou moins vivement, employant ici les processus organisateurs végétants ou sclérosants, là les processus ulcéreux et destructeurs. Le tissu fibreux de cicatrisation est particulièrement résistant au développement d'une tuberculose nouvelle qui ne s'y montre plus que sous forme de granulations. Il n'est pas absolument démontré que toutes nos variétés de tuberculoses cutanées soient provoquées par le semis du bacille de Koch. Il y a lieu de tenir grand compte

dss infections chimiques susceptibles de se produirs autour du foyer de tuberculose ; ces infections sont l'origins d'un certain nombre d'accidents régionaux, probablement aussi d'infections généralisées se produisant sous forms d'érythèmes généralisés aigus.

L'importancs du processus sclérogène dans l'histoirs de la tubsrculose ressort nettement de l'étuds dss tuberculoses cutanées : nous le rencontrons pour ainsi dirs constammsnt tantôt seul, tantôt associé, confondu avec le travail ulcéreux, dont il chsrche à limiter l'extension, à réparer les dégâts ; veillant, pour ainsi dirs toujours, à protéger l'économie contrs l'extsnsion ds la tuberculose.

La contsmplation d'un lupus nous montre combisn longtsmps l'économis peut résister à la pénétration du microbe tubsrculsux ; parcs qu'on est tubsrculeux, il s'en faut de beaucoup qu'on soit condamné à dss accidsnts graves et surtout à des accidents gravss st rapidss ; les choses ns ss passent pas différsmmsnt dans les viscères st dans la psau.

Un chapitrs bien connu des tuberculoses cutanées est celui dss éruptions qui précèdent les tuberculoses miliaires viscérales : il sn existe maintenant un certain nombrs d'obssrvations dans la scisncs ; j'ai pu en citer uns observation personnslls. L'accident rappelle en général l'éruption de l'érythème noueux.

63. — *Les réveils de la syphilis.*

(*Presse médicale*, 1894. 325

64. — *Lupus érythémateux généralisé.*

(*Journal des Praticiens*, 1893. 657.)

65. — *Les bases du diagnostic dans les maladies de la peau.*

(*Médecine moderne*, 1894. 625.)

66. — *Tumeur lymphadénique de la paupière.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894. 9.)

67. — *Ulcérations arsenicales.*
(*Ibid.*, 1894.)

68. — *Acné syphilitique.*
(*Ibid.*, 1894.)

69. — *Éruption psoriasiforme. Lèpre probable.*
(*Ibid.*, 1894, 69.)

70. — *Tuberculose linguale et palatine.*
(*Ibid.*, 1894. 313.)

71. — *Fibrolipome du pied.*
(*Ibid.*, 1894. 315.)

72. — *Xeroderma pigmentosum.*
(*Ibid.*, 1894. 120.)

73. — *Gommes ulcérées de la langue ou épithélioma.*
(*Ibid.*, 121.)

74. — *Syphilis régionale rebelle.*
(*Ibid.*, 1894. 153.)

75. — *Chute complète des poils chez un sujet atteint de prurigo diathésique.*
(*Ibid.*, 1894. 157.)

76. — *Éruption lichénoïde chez un scrofuleux.*
(*Ibid.*, 1894. 157.)

77. — *Sclérodermie. Lichénisation du dos et des seins.*
(*Ibid.*, 1894. 189.)

78. — *Eczéma symétrique des membres supérieurs accompagné de troubles névralgiques.*
(*Ibid.*, 1894. 251.)

79. — *Dermatite consécutive à une infection par les gaz des fosses d'aisance.*
(*Ibid.*, 1894. 265.)

80. — *Chancre syphilitique géant.*
(*Ibid.*, 1894. 546.)

81. — *Pemphigus et pemphigoïdes.*
(*Union médicale*, 1894. 137. 145. 193.)

82. — *Érythèmes polymorphes bulleux.*
(*Ibid.*, 1894. 364.)

83. — *Dermatite herpétiforme.*
(*Ibid.*, 1894. 449. 463.)

84. — *Herpès gestationis.*
(*Ibid.*, 436.)

85. — *Chancres syphilitiques de l'amygdale.*
(*Journal des Praticiens*, 1894. II. 157.)

86. — *Impétigo herpétiforme.*
(*Ibid.*, 1894. 387.)

86 *bis*. — *Chancres génitaux et extra-génitaux.*
(1 volume de la Bibliothèque Charcot-Debove, Rueff, éditeur. Paris, 1895.)

Dans ce travail sont exposés les caractères généraux des chancres syphilitique et simple, leurs modifications suivant les régions qu'ils occupent et les circonstances dans lesquelles ils sont survenus, leurs complications, leur diagnostic, leur traitement.

87. — *Gommes tuberculeuses de la peau.*
(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1895. 1.)

88. — *Eczéma artificiel par application d'une teinture à base d'acide pyrogallique.*
(*Ibid.*, 1895. 29.)

89. — *Sarcome anal.*
(*Ibid.*, 40.)

90. — *Éruption iodique.*
(*Ibid.*, 1895. 61.)

91. — *Chancres du canal et blennorrhagie.*
(*Journal des Praticiens*, 1895. I. 81.)

92. — *Éruptions iodiques.*
(*Ibid.*, 1895. I.)

93. — *Tuberculose cutanée disséminée consécutive à la rougeole.*
(*Ibid.*, 1895. 86.)

94. — *Dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives.*
(*Ibid.*, 1895. 131.)

**95.** — *Lymphangiectasies de la muqueuse buccale, consécutives à des érysipèles à répétition.*
(*Ibid.*, 1895. 133.)

**96.** — *Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabes.*
(*Ibid.*, mai 1895. 208.)

**97.** — *Lymphangites ulcéreuses précoces chancriformes.*
(*Ibid.*, 1895. 214.)

# THÉRAPEUTIQUE

98. — *Quelques considérations sur le traitement chirurgical du volvulus de l'intestin à propos de trois autopsies faites dans le service du professeur Potain.*

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1879. 708.)

En cas de volvulus l'entérotomie ne présente guère de chances de succès. Quand un volvulus se produit, la portion d'intestin comprise dans la torsion qu'on pourrait appeler l'anse d'enroulement est formée ordinairement par l'S iliaque considérablement distendue et ayant acquis un diamètre quatre ou cinq fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette anse ainsi dilatée vient se placer au-devant de la masse intestinale qu'elle recouvre, elle occupe les hypochondres et les flancs, l'hypogastre et l'épigastre, recouvre entièrement les côlons et l'intestin grêle; elle forme un plan nouveau et complet interposé entre la paroi abdominale et le reste de l'intestin. Le pédicule est situé en bas et à gauche de l'anse enroulée, dans la fosse iliaque, à la limite supérieure du petit bassin. Cette disposition nouvelle de l'intestin conduit presque fatalement le chirurgien, qui pratique l'entérotomie par la partie antérieure de l'abdomen, à ouvrir l'anse d'enroulement si démesurément dilatée et placée sur le premier plan, il ne vide que cette anse remplie dans quelques cas d'une quantité considérable de matières alvines, et il n'obtient ni le rétablissement du cours des matières fécales, ni le déroulement du volvulus. C'est pour ces raisons que l'entérotomie par la paroi abdominale antérieure est presque forcément une

opération infructueuse. L'entérotomie pratiquée par la partie postérieure de la paroi abdominale pourrait, seule, dans la majorité des cas, permettre d'aborder le côlon, de vider l'intestin au-dessus de l'étranglement. Mais il est au moins fort douteux qu'elle amène le déroulement de l'anse enroulée ; ce ne serait donc qu'un palliatif.

En admettant qu'après avoir pratiqué la laparotomie on tombe sur un volvulus, comment faut-il se comporter pour lever l'obstacle ? Comment reconnaître dans quel sens s'est faite la torsion en présence de laquelle on se trouve et partant dans quel sens il faut dérouler l'intestin ? Ce sont des questions bien difficiles à résoudre pour le chirurgien. Le point enroulé de l'intestin, profondément plongé dans la fosse iliaque, est très difficilement abordable à l'autopsie, doit être à peu près inabordable pour le chirurgien pendant la vie : dans quelle position l'opérateur a-t-il chance de rencontrer l'intestin ? La première question à résoudre est de savoir si, dans le cas de volvulus, l'intestin s'enroule toujours dans le même sens ; le plus souvent l'intestin paraît s'enrouler dans un sens de prédilection ; il est enroulé de haut en bas et d'avant en arrière ; le rectum passe en avant du côlon. Tel paraît être le sens d'enroulement habituel au volvulus : cependant ce sens n'est pas constant. A l'autopsie d'une femme morte de fièvre typhoïde sans avoir présenté d'accidents d'étranglement j'ai trouvé un volvulus du type inverse. Si le chirurgien, après avoir pratiqué la laparotomie, pouvait découvrir la position antérieure ou postérieure du rectum, il saurait dans quel sens il doit dérouler l'intestin : dans la position rectum en avant, il devrait visser l'intestin, pour employer une comparaison trouvée par le professeur Potain ; dans le type rectum en arrière, il faudrait le dévisser.

Resterait à savoir combien de tours il convient d'imprimer. Il ne semble pas qu'on puisse, à cet égard, établir une règle absolue, car le nombre de tours nécessaire pour produire l'étranglement paraît varier dans les différents cas.

En cas de volvulus de l'S iliaque, et c'est le volvulus ordinaire, l'entérotomie conduira presque fatalement à ouvrir l'S iliaque bloquée dans l'enroulement; l'entérotomie deviendra une opération inutile. Dans le cas de laparotomie, il sera très difficile de joindre le point où l'enroulement s'est produit et de se rendre compte du sens dans lequel l'enroulement s'est produit, du nombre de tours auquel il a donné lieu : la position du rectum en avant et en arrière de l'anse enroulée pourra servir de point de repère pour juger dans quel sens il faut dérouler.

### 99. — *Du traitement de la variole par la médication éthéro-opiacée.*

(Communication à l'Académie de Médecine, août 1881, et *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1886. Mémoire récompensé par l'Académie de Médecine. Prix Desportes, 1886).

C'est au mois d'août que je communiquai à l'Académie de Médecine les résultats obtenus par l'emploi de la médication éthéro-opiacée dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine. Mes conclusions reposaient sur un total de 76 observations recueillies sur des malades gravement atteints, pendant une période de six mois; voici quelles elles étaient : dans nombre de cas, arrêt de développement de l'éruption et manque de suppuration; chez les malades qui ont suppuré, diminution de la suppuration et atténuation de ses accidents les plus pénibles.

La médication éthéro-opiacée consiste dans l'emploi simultané de l'éther en injections hypodermiques et de l'opium à haute dose. Les injections d'éther sont pratiquées deux fois par jour, une le matin, une le soir; on injecte chaque fois une pleine seringue de Pravaz. L'opium est donné sous forme d'extrait thébaïque à la dose de quinze à vingt centigrammes dans une potion de 125 grammes : chez les femmes la dose est de quinze centigrammes; chez les hommes, de vingt centigrammes. Le perchlorure de fer est ordinairement associé à ces médicaments

à la dose de vingt gouttes dans une potion de 125 grammes. Le perchlorure de fer et l'opium sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillerées à soupe.

Le scepticisme, un scepticisme absolu, fut le premier accueil accordé généralement au traitement que je m'étais cru en droit de préconiser après de nombreux essais : Mais peu à peu des approbations de premier ordre venaient confirmer son efficacité. « Les résultats sont très concluants, écrivait au mois d'août 1882 mon confrère Dreyfus-Brisac dans la *Gazette hebdomadaire*, si l'on s'en tient aux cas où le traitement peut être employé dans toute sa teneur dès le début de l'éruption jusqu'au début de la dessication... L'influence de la médication éthéro-opiacée sur la marche de l'éruption est indéniable et à ce titre la description donnée par M. du Castel est de tout point exacte. Les cas où l'éruption suit sa marche habituelle, malgré le traitement, sont exceptionnels, et je ne craindrais même pas d'affirmer que le processus éruptif est toujours plus ou moins modifié. Lorsqu'on intervient au début de l'éruption celle-ci présente un véritable arrêt de développement... A première vue, les malades traités se reconnaissent des autres... La médication éthéro-opiacée est un modificateur puissant de l'éruption variolique. » Puis ce sont les adhésions du professeur Pécholier de Montpellier (Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1883 et 1886), de Tenneson, de Rathery (Société médicale des Hôpitaux do Paris, juin 1883), Thraill (Thèse de Lille, 1882), Gombault, Bucquet (Thèse de Paris, 1883), Balzer (Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques, art. Variole), Mossé, (Gaz. hebdom. de Montpellier, 1886, 1888, 1890), Gingeot, Humblot (Th. Paris, 1887), Bouveyrolis d'Aniane, Bonamy, de Nantes (1888), Brallet, du Thillot (1890). « Le débat est aujourd'hui vidé, écrit en 1886 le professeur Pécholier, et les affirmations cliniques de du Castel sont incontestables. » Tous ces auteurs sont d'accord pour reconnaitre que la médication éthéro-opiacée agit d'une façon incontestable contre la suppuration qu'elle

supprime ou atténue pour le moins considérablement, s'attaquant d'une façon efficace au plus grand danger de la maladie : tous ont été frappés par l'arrêt de développement de l'éruption qui permet de reconnaître à première vue les malades traités des malades non traités (Dreyfus-Brisac), qui donne aux malades un aspect tout spécial, éléphantiasique, qu'on n'observe jamais même dans les varioles qui s'arrêtent spontanément ou, comme on dit, dans les varioloïdes (Tenneson).

**100.** — *Traitement antiseptique de la blennorrhagie.*

(*Journal des Praticiens*, 1888. 441. 459.)

**101.** — *Traitement de la syphilis par les injections de sels mercuriels insolubles.*

(*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1887. 119. 219.)

**102.** — *Les accidents des injections de sels mercuriels insolubles.*

(*Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris*, 1889. 56.)

**103.** — *Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels mercuriels.*

(*Journal des Praticiens*, 1889. 39; et 1893. 56.)

Ne se traiter qu'une fois par semaine, pendant un nombre très restreint de semaines, constitue assurément un programme bien alléchant, un régime bien préférable à l'absorption quotidienne de pilules parfois mal supportées par l'estomac. Malheureusement l'introduction brusque dans l'économie d'une quantité relativement considérable de mercure, susceptible de se résorber rapidement, irrégulièrement, n'est peut-être pas toujours exempte de dangers. L'intensité des phénomènes réactionnels consécutifs à l'injection, la vive sensibilité, les phénomènes inflammatoires accusés qui se développent dans les jours

qui la suivent, sans être insupportables, comme le dit Lang, sont souvent des plus douloureux et suffisent à mettre en fuite un certain nombre de malades d'hôpital. Les abcès consécutifs sont faciles à éviter chez les hommes, contrairement à ce qu'on observe chez la femme. L'oxyde jaune de mercure est mieux supporté que le calomel; il provoque moins de douleurs, une moindre inflammation locale; l'huile grise a l'avantage de ne demander l'injection que d'un très petit volume du médicament; le thymolacétate est une préparation relativement peu douloureuse. Les accidents généraux consécutifs à l'injection font généralement défaut; on a cependant observé des stomatites, des entérites; un malade de mon service fut, après une injection d'oxyde jaune, atteint d'une syphilide ulcéreuse généralisée qui me fit renoncer à continuer le traitement par les injections; jai vu deux malades soumis à ce mode de traitement succomber à l'albuminurie; chez l'un d'eux, toutes les règles du traitement avaient été méthodiquement suivies; l'autre vint mourir à l'hôpital après avoir eu des injections faites en ville et il me fut impossible d'établir si toutes les précautions prescrites en pareil cas avaient été respectées. Un malade de mon service, syphilitique ancien, présentant depuis quelque temps des phénomènes épileptiformes, fut enlevé dans une crise comitiale; on peut se demander si les injections mercurielles n'avaient pas été pour quelque chose dans sa production.

Quand on rapproche ces cas malheureux de ceux rapportés par Besnier et Fournier, par Leloir, Kaposi, Schuster, on ne peut s'empêcher, tout en admettant qu'il y a eu sans doute dans quelques-uns de ces faits des coïncidences malheureuses, de se tenir sur la réserve dans l'emploi d'une méthode thérapeutique qui ne laisse pas au médecin toute sa liberté d'action. C'est en effet le côté grave de la méthode que le médecin, une fois l'injection faite, ne possède aucun moyen d'empêcher la résorption du mercure de se produire dans le cas où une circonstance survient qui rend désirable et utile de suspendre le traitement mer-

curiel. Je sais bien que quelques observations ont été citées, ces temps derniers, dans lesquelles le médecin est allé, en pareille circonstance, râcler le foyer de l'injection. Mais les cas doivent être encore assez nombreux où cette opération sera, je ne dirai pas difficile, mais impossible. Chez un malade, mort un mois après la dernière injection mercurielle, il me fut impossible de retrouver les foyers d'injection, ce qui indique qu'il ne sera pas toujours facile de les énucléer pendant la vie chez les sujets pour qui il y aurait urgence à suspendre la résorption du mercure.

La méthode des injections de préparations mercurielles insolubles présente des inconvénients sérieux, graves. Offre-t-elle une efficacité supérieure qui doive nous la faire adopter comme traitement courant? J'avoue n'avoir pas été frappé par une supériorité bien grande des résultats obtenus : les accidents secondaires rebelles aux autres méthodes se sont généralement montrés rebelles à celle-ci ; les accidents bénins ne se sont pas dissipés beaucoup plus rapidement ; les récidives ont été assez fréquentes. Seule la céphalée syphilitique m'a paru, dans un certain nombre de cas, rapidement soulagée par ce mode de traitement. Aussi, je reste jusqu'à présent fidèle au traitement par la voie stomacale; j'emploie les injections de sels mercuriels solubles, quand l'estomac ne peut supporter les préparations mercurielles, ou quand ce mode de traitement ne parait pas agir sur l'affection ; il y a, en effet, quelquefois avantage à varier ses modes d'action. Je réserve les injections de sels mercuriels insolubles aux malades chez qui la voie stomacale n'est pas utilisable ; qui ne peuvent se faire faire d'injections que de loin en loin, surtout à ceux qui sont atteints de céphalée, ne faisant jamais d'injections solubles qu'aux sujets vigoureux qui ne paraissent avoir aucune tare importante dans leur économie ; jamais je ne les pratique à ceux pour qui je crains des accidents cérébraux. En résumé, le traitement de la syphilis par les injections de préparations mercurielles insolubles est pour

moi un traitement d'exception auquel je ne recours qu'avec la plus grande circonspection.

**104.** — *Leçons cliniques sur la blennorrhagie et son traitement faites à l'hôpital du Midi.*

(Paris, 1888. Alcan-Lévy, éditeur, in-4° de 65 pages.)

Ce travail comprend l'étude de la blennorrhagie aiguë chez l'homme, de sa marche, de ses localisations; de la blennorrhée: la plus grande partie de ces leçons est consacrée à l'étude du traitement.

Les injections uréthrales un instant décriées par grand nombre de médecins sont revenues en honneur avec l'adoption de la méthode antiseptique. L'injection abortive avec les solutions concentrées de nitrate d'argent est la source de plus de déceptions pour le malade que de gloire pour le médecin, et nous ne possédons pas encore un bon traitement abortif. Le traitement classique et méthodique de la blennorrhagie, avec l'hygiène pendant la période aiguë, les balsamiques et les injections astringentes pendant la période de déclin, est avantageusement remplacé par les traitements antiseptiques ou combiné avec eux; ces traitements permettent d'attaquer plus tôt avec espoir de succès la maladie. Parmi les antiseptiques conseillés en injections contre la blennorrhagie, le sulfate de quinine, le permanganate de potasse, le sublimé sont les plus recommandés; je leur préfère comme traitement courant la résorcine. Le médicamont, introduit dans la thérapeutique de la blennorrhagie par Munnich (d'Amsterdam) et Letzel, joint à l'avantage d'être un antiseptique très actif celui d'être très peu irritant: employé à la dose de 3 pour 100 dans les blennorrhagies aiguës, de 4 pour 100 dans les blennorrhagies chroniques, il a souvent une action bienfaisante des plus manifestes. L'antisepsie, faite d'une façon méthodique, dans la blennorrhagie aiguë, amène presque toujours une chute plus prompte des accidents inflammatoires, une durée plus courte de la période aiguë; elle avance généralement le

moment où les balsamiques peuvent être employés avec succès et abrège par conséquent la durée totale de la maladie. Dans un certain nombre de cas, le traitement antiseptique amène par lui seul une guérison remarquablement rapide. Le plus souvent, quand les injections antiseptiques ont amené l'atténuation de l'écoulement, il est bon de les faire suivre du traitement par les balsamiques. Un certain nombre d'urèthres supporte difficilement l'action irritante des antiseptiques. L'antisepsie, faite de bonne heure, diminue les chances de propagation de la blennorrhagie dans l'urèthre postérieur et rend plus rares les complications vésicales, prostatiques et testiculaires. Dans les blennorrhagies chroniques, les instillations suivant la méthode indiquée par le professeur Guyon ont l'avantage d'agir directement sur un point du canal, qu'il soit situé dans l'urèthre postérieur aussi bien que dans l'antérieur, d'agir exclusivement sur ce point, de mesurer exactement et de varier à volonté la quantité de liquide portée dans l'urèthre et par suite d'en graduer l'action avec précision : la solution de nitrate d'argent au cinquantième est le topique le plus usuel. Quelques blennorrhées anciennes tombent comme par enchantement sous l'influence des instillations ; il en est un certain nombre qui leur résistent et ne semblent en ressentir aucune influence, quel que soit le nombre, quelle que soit la fréquence des instillations pratiquées. Rien ne permet de prévoir à l'avance d'une façon certaine quelle sera la sensibilité d'un urèthre aux instillations.

**105.** — *Étude sur le pouvoir antiseptique des naphtols.*
(*Société de Biologie*, 8 décembre 1888. En collaboration avec M. Critzman.)

D'expériences faites sur le pus de la blennorrhagie et des différentes balanites, l'auteur conclut que les balanites et les balanoposthites sont justiciables du naphtol et que l'influence antiseptique des naphtols résulte sans doute davantage de leur action sur les produits développés autour du microbe, leucomaïnes et autres, que de leur action sur le microbe même.

**106.** — *Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique de l'acide fluorhydrique.*

(*Bulletins de la Société de Biologie*, 1888, 763. En collaboration avec M. Critzman.)

Les injections d'acide fluorhydrique, employées contre la blennorrhagie, n'ont paru avoir aucune action sur le gonococcus. Quel qu'ait été le titre de la solution employée, les résultats ont toujours été nuls. Les solutions au-dessus de 1 pour 2,000 se sont montrées irritantes et ont été mal supportées par la muqueuse uréthrale.

**107.** — *Traitement du chancre simple.*

(*Revue de Médecine et de Chirurgie pratiques*. 1891. 230, 245, 262.)

**108.** — *Les nouveaux traitements de l'orchite et en particulier le stypage.*

(*Bulletins de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1890. 113.)

Bon nombre de malades atteints d'orchite subissent encore aujourd'hui un traitement antiphlogistique dont Broussais et ses élèves n'auraient pas rougi : sangsues, cataplasmes, frictions à l'onguent napolitain, etc. N'avons-nous rien de mieux à offrir à nos malades que ce traitement toujours incommode, quelquefois dangereux puisqu'il peut être suivi des accidents de mercurialisme ? Assurément oui. Il existe une médication interne de l'orchite. Le salicylate de soude a été recommandé dès 1872 par Edward Henderson comme capable de diminuer la douleur et de hâter la résorption de l'épanchement intra-vaginal. Je suis d'accord avec mon ami le docteur Chauffard pour reconnaitre le bien fondé des éloges d'Henderson. (Voir à ce sujet les observations recueillies dans mon service par mon élève le docteur Pigornet. De l'emploi du salicylate de soude dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Thèse, Paris, 1886.)

La teinture d'anémone pulsatile à la dose de trente gouttes par jour a été vantée par le docteur Dormand, mais les statistiques paraissent donner l'avantage au salicylate de soude, auquel le docteur Dormand objecte surtout de constituer une médication dangereuse à la dose de six grammes. La crainte d'une pareille dose me parait quelque peu excessive chez des sujets généralement jeunes, comme le sont ceux atteints d'orchite.

Quelques essais, tentés avec l'antipyrine, pour voir si ce médicament pourrait ici supplanter le salicylate de soude comme dans nombre d'autres affections, m'ont permis de constater un manque absolu d'action de ce médicament.

Parmi les médications externes, la compression ouato-caoutchoutée et la réfrigération méritent une mention spéciale. Les suspensoirs ouato-caoutchoutés produisent des effets remarquables au point de vue du soulagement des phénomènes douloureux, mais leur action sur la résolution du noyau inflammatoire n'est pas à la hauteur de leur action sur l'élément douleur. La résolution est souvent très lente dans le suspensoir ouato-caoutchouté.

La réfrigération, au moyen des vessies de glace, possède une efficacité incontestable; les douleurs tombent rapidement. Malheureusement il faut maintenir les applications d'une façon continue pendant plusieurs jours sous peine de voir les accidents se réveiller après la suspension du traitement; c'est donc une méthode d'une application ennuyeuse et délicate.

J'ai eu l'idée de substituer à la réfrigération par la glace la *réfrigération par le chlorure de méthyle.* Le stypage peut être fait avec le tampon du docteur Bailly, avec un simple tampon de coton sur lequel on a projeté le chlorure de méthyle, ou mieux encore avec un pinceau trempé dans le chlorure de méthyle liquide recueilli dans le tube d'Arsonval. Le chlorure de méthyle est appliqué sur la surface des bourses du côté malade de manière à produire une mince couche neigeuse; le dartos se contracte énergiquement; la peau se refroidit et pâlit;

à ce moment, on suspend l'application du froid pour éviter des lésions cutanées, érythème persistant, vésication, sphacèle, qui pourraient gêner pour des applications ultérieures du chlorure. Il faut continuer chaque matin pendant plusieurs jours l'application du chlorure de méthyle; chez les malades très atteints, on peut faire une séance matin et soir. Un soulagement immédiat et considérable de la douleur est ordinairement la conséquence du premier stypage; un malade, présentant depuis plusieurs jours des accidents de péritonisme, les vit disparaître immédiatement après la première application. La diminution immédiate de la douleur est suffisante pour permettre aux malades d'aller et venir pour satisfaire aux exigences de la vie d'hôpital. La durée totale de la maladie et du traitement est courte; dans 68 cas relevés par le docteur Duchaussoy, la durée moyenne des applications de chlorure de méthyle fut de sept jours et demi, et la durée totale du séjour à l'hôpital d'onze jours et demi. Avec la méthode antiphlogistique, la plupart des malades restent près de trois semaines à l'hôpital. Soulagement immédiat, résolution rapide, tels sont les résultats manifestes du traitement de l'orchite par le stypage. Voir à ce sujet les thèses de mes élèves : Duchaussoy. De quelques applications du chlorure de méthyle, Paris, 1889, et de la Vallée. Compression et réfrigération dans le traitement de l'orchite, Thèse, Paris, 1890. Mon collègue, M. Balzer, a adopté le traitement de l'orchite par le stypage dans son service de l'hôpital du Midi, et le docteur Fleury, un élève de M. Augagneur, résumant les études faites à l'Antiquaille de Lyon, dans le service de son maître, a écrit : « Le stypage calme immédiatement les douleurs dans l'orchite blennorrhagique. Il est spécialement indiqué dans les formes très inflammatoires avec hydrocèle abondant, dans les formes où la compression par le suspensoir est douloureuse. Le gonflement disparaît parallèlement avec la douleur. » Avec le traitement par le stypage, bon nombre de malades continuent à pouvoir vaquer à leurs occupations à la condition de porter

dans l'intervalle des stypages un suspensoir ordinaire bien appliqué.

**109.** — *Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme.*
(Doin, éditeur. 1891.)

Le traitement du chancre syphilitique ne demande guère que les soins de propreté ; les scarifications, les cautérisations ignées seraient susceptibles d'amener une résolution plus rapide des indurations chancreuses volumineuses. La grosse question de l'influence de la destruction ou de l'excision du chancre sur l'atténuation de la syphilis est traitée d'une façon très étendue. Me basant sur mes observations personnelles (j'ai pu exciser un chancre entre autres dix heures après son apparition, et cela sans le moindre succès) et celle des différents auteurs, je me crois en droit de conclure que l'atténuation de la syphilis par l'excision du chancre est loin d'être fatale ; sa fréquence, son importance, ne sont pas choses qui puissent se juger d'une façon certaine : la syphilis n'ayant pas d'évolution réglée, aucune base sûre ne nous est donnée pour établir la valeur de nos observations. Juger le degré d'atténuation d'une syphilis par l'excision est pure question d'impressionnabilité personnelle et des plus délicates ; tout le monde sait qu'en pareil cas chaque observateur apporte une impressionnabilité, une exigence plus ou moins grandes suivant son tempérament. Il serait bon que chacun de nous pût baser son opinion sur un grand nombre d'observations personnelles ; or, en pareil matière, le médecin le plus favorisé ne dispose que d'un nombre limité d'observations et ses conclusions sont le résultat de quelques impressions plus ou moins vraies, plus ou moins chanceuses ; chacun se fait une opinion d'après l'ensemble plus ou moins grave des quelques faits que le hasard lui a mis sous les yeux, ou d'après la surprise heureuse d'un seul cas particulièrement bénin.

Il est quelques faits dans lesquels l'emploi de l'excision semble particulièrement indiqué ; c'est chez les malades hypochondriaques quo la contemplation de leur chancre plonge dans un état de désespoir capable d'éveiller des idées de suicide ou chez ceux qui, pour une raison ou pour une autre, ont grand intérêt à faire disparaitre ce chancre compromettant. En de telles occasions, le malade sera toujours heureux de voir une cicatrice vulgaire venir remplacer le chancre syphilitique.

Dans le traitement du chancre simple, je recommande un traitement nouveau, l'attouchement des surfaces malades avec une solution au dixième d'acide phénique dans l'alcool à 90°. Sous l'influence de ces attouchements, le chancre perd rapidement ses propriétés virulentes et se met à évoluer comme une plaie simple. Les poudres et pommades caustiques peuvent être employées avec une utilité égale à celle de la solution d'acide phénique contre les chancres occupant des parties découvertes : dans les cas de phimosis inflammatoires consécutifs à des chancres simples, la solution phéniquée peut être injectée sous le prépuce avec facilité et sans inconvénient ; ainsi on peut continuer le pansement de chancres qu'on ne voit plus et dont le traitement serait impossible avec les poudres et pommades. En pareil cas, on voit des balanites inflammatoires très intenses, menaçant même gangrène, s'arrêter brusquement dans leur développement sous l'influence du traitement : plus d'une fois j'ai vu guérir avec rapidité et sans complication des malades pour qui il semblait qu'avec les traitements ordinaires on n'aurait pu éviter la gangrène et le débridement.

La balanite pustulo-ulcéreuse et la balanite circinée se trouvent bien d'attouchements avec une solution de nitrate d'argent au cinquantième.

**110.** — *Traitement des tuberculoses cutanées.*

(In *Des Tuberculoses cutanées.* Rueff, éditeur. Paris, 1892. 125.)

Dans le lupus tuberculeux, le traitement externe prime le traitement interne, qui, bien rarement, sinon jamais, a suffi à amener seul la guérison de l'affection. L'ablation totale, même suivie de greffes, est dans la plupart des cas incomplète et n'empêche pas la repullulation. Le raclage, la rugination, le curettage sont des procédés rapides dont il est bon de compléter l'action par l'emploi des caustiques chimiques, des scarifications, du galvano-cautère. Les scarifications donnent, pour les parties découvertes, la face en particulier, des résultats d'une beauté que nul autre procédé ne saurait égaler; faites avec hardiesse, elles conduisent à la guérison aussi rapidement que toute autre méthode; les résultats sont remarquables dans les formes végétantes et ulcéreuses rapides; la crainte de résorption du virus tuberculeux et d'infection secondaire par les vaisseaux ouverts ne doit pas être exagérée. Les cautérisations ignées, pratiquées suivant les préceptes établis par M. Besnier, sont avec les scarifications la méthode de traitement la plus active, la plus généralement indiquée, qu'elle soit employée seule ou pour compléter le résultat des autres méthodes. L'électrolyse est un procédé encore à l'étude. Les injections interstitielles de substances cautiques ne sont pas encore d'une application bien pratique et bien réglée.

Les caustiques chimiques demandent à être maniés avec une certaine hardiesse. Le professeur Kaposi déclare le nitrate d'argent le caustique le plus pratique, le plus utile, le plus éprouvé; c'est peut-être aller un peu loin dans l'éloge. C'est un excellent moyen complémentaire à la suite du curettage et des scarifications. L'emploi du chlorure de zinc est douloureux et entraine facilement des cicatrices difformes. Les préparations arsenicales comptent des partisans ardents; il faut craindre l'intoxication, si on agissait sur de grandes surfaces à la fois.

Les préparations mercurielles peuvent être utiles. L'acide salicylique sous forme d'emplâtres (Unna, Besnier), l'acide lactique en solutions concentrées sont encore des moyens de traitement très actifs. Le permanganate de potasse, la résorcine, le naphtol camphré sont de bons pansements. Chez les sujets pusillanimes, j'emploie volontiers la solution d'éther pyrogallique concentré suivie d'une application de traumaticine. Les injections de lymphe de Koch constituent un mode de traitement plein de dangers, dont les résultats sont aléatoires. Le médecin ne devra pas recourir toujours et exclusivement à l'un des traitements que nous venons d'indiquer; il modifiera sa conduite suivant la nécessité d'agir plus ou moins vite, suivant le siège et la forme du lupus qu'il aura à traiter, suivant l'intérêt plus ou moins grand qu'il y aura à obtenir une cicatrice élégante. La tuberculose verruqueuse, le tubercule anatomique seront enlevés par le râclage qu'on fera suivre de cautérisations ignées ou de scarifications.

Le lupus érythémateux sera traité par les applications de savon mou de potasse, d'acide salicylique ou pyrogallique, par les scarifications.

Contre les gommes scrofulo-tuberculeuses, les injections de naphtol camphré ou d'éther iodoformé, les cautérisations avec le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc, avec le galvano-cautère, sont les moyens de traitement les plus commodes et les plus actifs.

### 111. — *Traitement de la tricophytie du cuir chevelu par la chrysarobine.*

(*Congrès médical de Lyon*, séance du 3 août 1894.)

Le pansement consistait en applications de pommade à la chrysarobine répétées deux fois par semaine et suivies de l'application d'une couche de collodion élastique. La dose de chrysarobine fut portée de 5 à 25 0/0 suivant les cas. Deux cent cinquante enfants ont été soumis à ce traitement.

La chrysarobine agit très activement sur la nutrition des couches superficielles de l'épiderme, tue les parasites situés dans leur épaisseur, maintient en état d'antisepsie les couches superficielles du cuir chevelu; mais elle ne pénètre pas profondément et laisse intacts les parasites des couches profondes. Le revêtement au collodion rend les enfants peu dangereux pour leur entourage et prive, comme le recommandait Vidal, le trichophyton aérobie du contact de l'air.

Le traitement par la chrysarobine, ainsi appliqué, ne nous a pas donné des résultats bien différents de ceux obtenus par les traitements ordinaires, une durée habituelle de six mois environ, quelques cas de guérison rapide, quelques cas rebelles et d'une durée de plusieurs années. Les conditions favorables à la guérison de la trichophytie sont toujours le peu de profondeur d'implantation des cheveux et l'âge avancé de l'enfant.

**112.** — *Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur le traitement des maladies vénériennes.*
In *Traité de Thérapeutique médicale appliquée* (sous presse).

**113.** — *Traitement de la syphilis.*
*Ibid.* (sous presse).

PARIS. — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN, 71, RUE DE RENNES.